

тельств с формированием илеостомы и цекостомы.

Таким образом, используя комплексный подход к формированию кишечных соустьев в условиях перитонита с учетом основных закономерностей проведения кишечного шва, возможно существенно снизить риск несостоятельности соустьев и впоследствии этого, летальность от послеоперационного перитонита в 3 раза.

Алексеев С.А., Черноморец В.В., Татур А.А.

## **ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ СОУСТЬЕВ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ.**

Разработанные в эксперименте методики формирования кишечных швов в условиях перитонита, были использованы при формировании анастомозов на желудочно-кишечном тракте у 34 больных с перитонитом, находившихся на лечении в 1-й клинике хирургических болезней МГМИ в 1995-97 гг.

Все больные поступили по экстренным показаниям. Из них в срок до 6 часов - 14 человек, до 24 часов - 18 человек, свыше 24 часов - 2 человека. Причинами перитонита у 18 больных была травма брюшной полости с повреждением различных участков толстой и тонкой кишки, ущемленная грыжа с развитием некроза кишечной стенки в 5 случаях, кишечная непроходимость различного генеза - у 7 больных, прочие причины - 4.

Все больные были оперированы после кратковременной предоперационной подготовки. В 14 случаях был сформулирован анастомоз "бок в бок", у 4 больных - "конец в конец", в остальных случаях - ушивание дефектов кишки различными швами.

В 18 случаях был использован двухрядный серозно-мышечный шов в модификации клиники, у 14 больных - механический шов с дополнительной перитонизацией непрерывным серозно-мышечным швом, в 2-х случаях - предложенным П-образным кишечным швом.

В послеоперационном периоде проводилось интенсивное комплексное лечение перитонита с включением энтеротропной антибактериальной терапии (клиндамицином, гентамицином, метонидазолом и др. антибиотиками) с целью воздействия на все клинически значимые микробные штаммы в очаге внутрибрюшной инфекции, а также предотвращения бактериальной транслокации через слизистую оболочку кишки в брюшную полость, лимфу и кровь.

У всех оперированных больных определялись показатели общего и биохимического комплекса крови, иммунограмма с определением первичного иммуноскрининга, учитывались данные исследования микрофлоры во время операции, сроки начала появления перистальтики, отхождения газов и самостоятельного стула, нормализация температуры.

От прогрессирования перитонита и развития полиорганной недостаточности умерло 6 человек; несостоятельность швов наступила у больных, что потребовало выполнения последующих вмеша-